

Orthopädische Erkrankungen in der Allgemeinpraxis

**Eine Studie zur Häufigkeit orthopädischer Erkrankungen
in der Allgemeinpraxis, deren Diagnostik und Therapie
insbesondere unter Berücksichtigung gegebener Kooperations-
möglichkeiten mit Fachärzten und Fachkliniken**

von

Heinrich Hecke

aus

Göttingen

1977

1977 № 327

Aus der Orthopädischen Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen - Nürnberg
Direktor: Prof. Dr. med. D. Hohmann

Orthopädische Erkrankungen in der Allgemeinpraxis

Eine Studie zur Häufigkeit orthopädischer Erkrankungen
in der Allgemeinpraxis, deren Diagnostik und Therapie
insbesondere unter Berücksichtigung gegebener Kooperations-
möglichkeiten mit Fachärzten und Fachkliniken

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
dem Fachbereich Medizin
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt
von
Heinrich Hecke
aus
Göttingen

Gedruckt mit Erlaubnis des Fachbereichs Medizin
der Universität Erlangen-Nürnberg

Orthopädische Erkrankungen in der Allgemeinpraxis

Die Studie zur Häufigkeit orthopädischer Erkrankungen
in der Allgemeinpraxis durch Dr. G. Weseloh und Dr. D. Hohmann
insbesondere unter Berücksichtigung gesondelter Konsultations-
möglichkeiten von Fachärzten und Familien



Dekan: Prof. Dr. E. Rügheimer

Referent: Priv.-Doz. Dr. G. Weseloh

Korreferent: Prof. Dr. D. Hohmann

Tag der mündlichen Prüfung: 27. 9. 1977

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

Einleitung	1
Material und Methodik	3
Ergebnisse	8
Diskussion	21
Zusammenfassung	42
Literaturverzeichnis	44



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548225_0041

E I N L E I T U N G

Die öffentliche Diskussion zur Reform des Gesundheitswesens der Bundesrepublik wird heute im wesentlichen unter dem Aspekt einer erheblichen Kostenexpansion in der sozialen Krankenversicherung geführt.

In diesem Zusammenhang wurde auch die Leistungsfähigkeit der ärztlichen Versorgung kritisch analysiert. Von seiten der Ärzteschaft fehlt es nicht an ernsthaften und intensiven Bemühungen, neue Impulse zu setzen und zukunftsorientierte Zielvorstellungen anzubieten. So wird vielfach für die niedergelassenen Ärzte die Entwicklung moderner Koordinationsformen gefordert. Darunter wird beispielsweise die Bildung von Gemeinschaftspraxen, der Bau von Ärztehäusern, der Zusammenschluß zu Praxisgemeinschaften mit gemeinsamer Nutzung von Räumen und medizinisch-technischem Gerät verstanden. Auch fehlt es nicht an Versuchen, durch eine bessere Koordinierung der Zusammenarbeit zwischen Allgemeinärzten und Fachärzten Voraussetzungen für eine optimale ärztliche Versorgung der Bevölkerung zu schaffen (2, 3, 6, 8, 10, 11, 12, 27). Schließlich ist in diesem Rahmen auch die Kooperation von Praxis und Klinik ein besonders aktuelles Thema, das eingehend erörtert wurde. Die Sammlung vieler Detailinformationen kann die Diskussion über diese Fragen vertiefen helfen. In diesem Sinne soll die vorliegende Arbeit einen Beitrag über die Kooperationsmöglichkeiten zwischen

dem Arzt für Allgemeinmedizin und dem Facharzt sowie den Fachkliniken liefern.

Der Arzt für Allgemeinmedizin sieht sich in der täglichen Praxis verschiedenartigen Krankheitsbildern gegenüber konfrontiert. Nach statistischen Erhebungen sind nach den Infektions- und Erkältungskrankheiten aber am häufigsten Erkrankungen des Bewegungsapparates in der Allgemeinpraxis zu diagnostizieren und zu behandeln (1, 4, 5, 7, 15, 16, 17, 19, 20, 23). Es erscheint aufschlußreich, inwieweit bei der großen Zahl orthopädischer Krankheitsfälle, die vom Arzt für Allgemeinmedizin betreut werden, unter dem Gesichtspunkt einer optimalen Versorgung der betroffenen Patienten eine Cooperation mit niedergelassenen Orthopäden (Fachärzte für Orthopädie) und / oder orthopädischen Fachkliniken anzustreben ist. Eine eingehende Analyse der in einer kleinstädtischen Allgemeinpraxis dokumentierten Erkrankungen des Bewegungsapparates soll zur Klärung dieser Frage beitragen.

M A T E R I A L U N D M E T H O D I K

Das in der vorliegenden Arbeit ausgewertete Zahlenmaterial stammt aus einer Allgemeinpraxis, die in der nahen Umgebung einer Großstadt (212 000 Einwohner) in einer kleinen Stadt mit 20 200 Einwohnern gelegen ist. Im dazugehörigen Landkreis sind 200 500 Personen wohnhaft. Der genannte Landkreis ist als Einzugsbereich für die in der Großstadt ansässigen Fachärzte anzusehen. In der Großstadt selbst sind 98 Ärzte für Allgemeinmedizin (bzw. praktische Ärzte) und 186 Fachärzte, davon 13 Orthopäden niedergelassen. Im gesamten Einzugsgebiet befinden sich 2 größere Orthopädische Fachkliniken. Im Landkreis sind 95 Ärzte für Allgemeinmedizin (bzw. praktische Ärzte) sowie 21 Fachärzte, davon 1 Orthopäde, tätig. In der erwähnten Kleinstadt mit 20 200 Einwohnern praktizieren 5 Allgemeinmediziner und 4 Fachärzte, darunter 1 Orthopäde.

Es handelt sich also um eine Allgemeinpraxis in einer Kleinstadt mit ländlichem Charakter am Rande einer Großstadt mit einer durchschnittlichen Zahl an niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten. Die benannte Allgemeinpraxis wird von einem Arzt mit vornehmlich internistisch ausgerichteter Weiterbildung geführt. In dieser Allgemeinpraxis wurden in einem Zeitraum von 24 Monaten (1. Oktober 1973 bis 30. September 1975) 4500 Patienten untersucht. Von dem anfallenden Material wur-

den solche Patienten, die Erkrankungen von seiten des Bewegungsapparates (orthopädische Erkrankungen) aufwiesen, besonders berücksichtigt. Es ergab sich eine Gesamtzahl dieser Patientengruppe von 352 Fällen. Zur näheren Auflistung der anfallenden Daten wurde unter Berücksichtigung der einleitend angesprochenen Fragestellung ein speziell abgefaßter Dokumentationsbogen (Signierbogen) verwandt. Dabei ließen sich folgende Einzeldaten berücksichtigen: Geschlecht, Alter und Beruf der betroffenen Patienten; weiterhin Fragen, ob der Patient erstmals zur Behandlung kam oder bereits vorbehandelt war. Falls eine Vorbehandlung stattgefunden hatte, wurde erfaßt, ob diese beim praktischen Arzt bzw. beim Arzt für Allgemeinmedizin, beim Facharzt oder in der Klinik oder auch bei mehreren, d. h. beispielsweise beim Arzt für Allgemeinmedizin und beim Facharzt vorgenommen wurde. Schließlich wurden zur Anamnese die Dauer der Vorgeschichte, die Lokalisation und die Genese des Leidens soweit wie möglich berücksichtigt. Detailliert wurde auf Fragen zur Behandlung bzw. Diagnostik eingegangen, wie zum Beispiel, ob der Patient beim Arzt für Allgemeinmedizin selbst behandelt oder ein Facharzt, ein Röntgenfacharzt bzw. eine Fachklinik hinzugezogen wurde. Fernerhin wurde die Frage beleuchtet, in welchen Fällen der Patient nach einer Überweisung in eine Fachpraxis wiedergekommen war, beziehendenfalls wie lange nach der Diagnostik oder nach welcher Behandlungsdauer. Die Diagnosen konnten dann nach Überwei-

Name.....		
Laufende Nummer		3
Alter		5
Beruf	1=Arbeiter 2=Angestellter 3=Beamter 4=Kinder 5=Landwirt/Landfrau 6=Hausfrau 7=Schüler/Student 8=Rentner 9=k.A.	6
Geschlecht	1=männlich 2=weiblich 9=k.A.	7
Behandlung	1=Erstbehandlung 2=Vorbehandlung 9=k.A.	8
falls Vorbehandlung, welche	1=allgem. Arzt 2=Klinik 3=Facharzt 9=k.A.	9
<u>Anamnese</u>		
Dauer der Vorgeschichte	in Monaten, 000=k.A.	12
Lokalisation	1=WS ohne HWS 2=HWS, Schultergürtel und Schultergelenk 3=Becken 4=obere Extremität rechts 5=obere Extremität links 6=obere Extremität beidseits 7=untere Extremität rechts 8=untere Extremität links 9=untere Extremität beidseits 0=k.A.	13
Genese	1=angeboren 2=erworben 9=k.A.	14
falls erworben, Krankheitsart	1=Trauma 2=degeneratives Leiden 3=entzündlich 4=Tumor 9=k.A.	15
Allgemeinärztliche Diagnose	(Immich: Diagnoseschlüssel)	20 25

Tab. 1: Signierbogen

Behandlung	1=selbst behandelt 2=Facharzt 3=Klinik 4=Röntgenfacharzt konsultiert 9=k.A.	☐ 26
Falls Facharzt: Patient wiedergekommen	1=nein 2=ja 9=k.A.	☐ 27
wenn ja, Dauer der Weiterbehandlung	in Monaten, 99=k.A.	29
wielange nach Diagnostik	1=sofort nach Diagnostik 2=später 9=k.A.	☐ 30
Diagnose	99999=kein Anhalt für obige Diagnose 00000=keine Diagnose gestellt	35 40
Falls Klinik: Patient wiedergekommen	1=nein 2=ja 9=k.A.	☐ 41
wenn ja, Dauer der Weiterbehandlung	in Monaten, 99=k.A.	43
Diagnose	99999=kein Anhalt für obige Diagnose 00000=keine Diagnose gestellt	48 53
Falls Röntgenfacharzt: Diagnose	99999=kein Anhalt für obige Diagnose 00000=keine Diagnose gestellt	58 63

Tab. 1: Signierbogen

sung zum Facharzt mit denen des Allgemeinmediziners verglichen werden. Ähnliche Fragen wurden bei einer Überweisung in eine Klinik berücksichtigt, schließlich auch Vergleiche zwischen der Diagnose des Arztes für Allgemeinmedizin und des hinzugezogenen Röntgenfacharztes vorgenommen.

Für die in dieser Weise ausgefüllten, computergerecht abgefaßten Signierbögen (Tabelle 1, Seite 5 und 6) erfolgte dann die rechnerische Auswertung auf einer Datenverarbeitungsanlage vom Typ CDC 3300 am Rechenzentrum der Universität Erlangen-Nürnberg. Mit einem Codeprogramm wurde die Zahl der Merkmalsausprägungen der erhobenen Variablen festgestellt, die im folgenden referierten Kontingenztafeln wurden mittels des STATSYS-Programmsystems des Institutes für Medizinische Statistik und Dokumentation der Universität Erlangen-Nürnberg berechnet.

ER G E B N I S S E

Die gewonnenen Ausdrücke erbrachten folgende Einzelergebnisse:

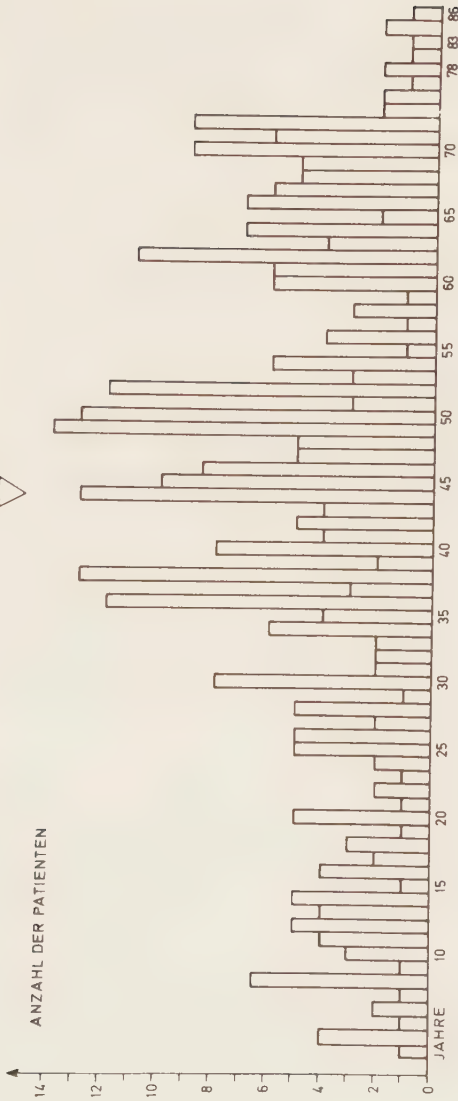
Bei den 352 Fällen handelte es sich um 154 männliche und 198 weibliche Patienten, entsprechend 43,7 bzw. 56,2 %. Das Durchschnittsalter betrug 44,4 Jahre (Standardabweichung 19,5 Jahre, mit einem Minimalwert von 1 Jahr und einem Maximalwert von 86 Jahren; vergleiche Tabelle 2, Seite 9).

Hinsichtlich der Aufteilung der Berufsgruppen ergaben sich folgende Werte:

Arbeiter 90 Fälle = 25,6 %, Angestellte 46 Fälle = 13,1 %, Beamte 10 Fälle = 2,8 %, Kinder 8 Fälle = 2,3 %, Landwirte bzw. Landfrauen 19 Fälle = 5,4 %, Hausfrauen 83 Fälle = 23,6 %, Schüler / Studenten 38 Fälle = 10,8 %, Rentner 57 Fälle = 16,2 %, keine Angaben 1 Fall (Tabelle 3, Seite 10).

Erstmals zur Behandlung kamen 227 Patienten, das entspricht 64,5 %. Vorbehandelt waren bereits 119 Patienten = 33,8 %, keine Angaben 6 Fälle = 1,7 %. Die vorbehandelten 119 Fälle waren 36 mal von einem Arzt für Allgemeinmedizin bzw. einem praktischen Arzt, 14 mal in der Klinik, 66 mal durch einen Facharzt und einmal durch einen Arzt für Allgemeinmedizin und einem Facharzt therapiert worden. In 8 Fällen fanden keine Angaben (Tabelle 4, Seite 10). Die Dauer der Vorge-

DURCHSCHNITTALTER 44,4 JAHRE



Tab. 2: Altersverteilung des ausgewerteten Patientenkollektivs (n = 352)

Berufsverteilung	absolut	%
Arbeiter	90	26
Angestellte	46	13
Beamte	10	3
Kinder	8	2
Landfrau/Landwirt	19	5
Hausfrau	83	24
Schüler/Student	38	11
Rentner	57	16
keine Angaben	1	0

Tab. 3: Aufgliederung des Patientenkollektivs
(n = 352) nach registrierten Berufs-
gruppen

	Anzahl	%
Bereits vorbehandelte Patienten	119	64
durch: Arzt f. Allgemeinmedizin	36	
Facharzt	60	
Fachklinik	14	
Arzt f. Allgemeinmedizin und Facharzt	1	
keine Angaben	8	
Nicht vorbehandelte Patienten	227	34
Keine Angaben	6	2

Tab. 4: Angaben zur Vorbehandlung orthopädisch kranker
Patienten in der Allgemeinpraxis (n = 352);
siehe Text

schichte betrug in 63 Fällen = 17,9 % weniger als einen Monat, in 54 Fällen einen Monat = 15,3 %, in 27 Fällen zwei Monate = 7,7 % und in 11 Fällen 3 Monate = 3,1 %. Fernerhin hatte die Erkrankung bei 17 Patienten vor 48 Monaten und bei 25 Personen vor 60 Monaten = 4,8 bzw. 7,1 % begonnen. Die durchschnittliche Dauer der Vorgeschichte betrug 29,1 Monate (Standardabweichung 52,1 Monate mit einem Minimalwert von 0 und einem Maximalwert von 540 Monaten).

Hinsichtlich der Lokalisation der Beschwerden war bei 89 Patienten = 25,2 % die Wirbelsäule (ohne Halswirbelsäule), in 90 Fällen = 25,6 % die Halswirbelsäule und der Schultergürtel, 26 mal = 7,4 % der Beckengürtel einschließlich der Hüftgelenke, in 39 Fällen = 11,1 % die oberen Extremitäten und bei 108 Personen = 30,7 % die unteren Extremitäten betroffen.

Zur Frage nach der Genese ergab sich, daß es sich in 21 Fällen = 6 % um angeborene und 329 Fällen = 93,5 % um erworbene Erkrankungen handelte. In zwei Fällen fanden sich keine Angaben. Bei den erworbenen Erkrankungen ließ sich eine weitere Aufschlüsselung durchführen. Dabei ergaben sich folgende Werte: Traumen - 78 Fälle = 22,2 %, degenerative Leiden - 201 Fälle = 57,1 %, entzündliche Veränderungen - 47 Fälle = 13,4 % und Tumoren 2 Fälle, keine Angaben 3 Fälle.

Zum Komplex der vom Arzt für Allgemeinmedizin gestellten Diagnosen ließ sich folgendes konstatieren: Es wurden insgesamt 73 verschiedene Diagnosen angegeben, 30 mal wurden 2 Diagnosen verschlüsselt. Die einzelnen Diagnosen sind in Tabelle 5, Seite 13 bis 16 wiedergegeben.

In den genannten 352 Fällen wurden vom Arzt für Allgemeinmedizin 89 = 25,3 % selbst behandelt, 112 Patienten = 31,8 % wurden dem Facharzt für Orthopädie, 17 Patienten = 4,8 % der Klinik und 133 Patienten = 37,8 % einem Röntgenologen überwiesen. In einem Falle fand sich keine Angabe (Tabelle 6).

	Anzahl	%
Überweisungen an:		
FA f. Orthop.	112	32
FA f. Rö.	133	38
Klinik	17	5
Gesamt	262	
Nicht überwiesen / selbst behandelt	89	25
keine Angaben	1	

Tab. 6: Angaben zur Häufigkeit der Überweisungen orthopädisch kranker Patienten (n = 352) zum Facharzt für Orthopädie (FA f. Orthop.), zum Facharzt für Röntgenologie (FA f. Rö.) oder in eine fachorthopädische Klinik (n = 262)

Untere Extremitäten Nr. 1 - 108

08559	Exostose (Fuß)
09446	Arthritis urica (Ballen, Großzehe)
09481	Gelenk, Rheumatismus akuter
09631	Arthritis akute (Ballen, Vorfuß)
09821	Gelenk, Schmerz (Knie)
09835	Gelenk, Krankheit, degenerativ (Knie)
10661	Bursitis (ONA), infrapatellaris
87102	Poliomyelitis
95821	Bein, Schmerz
95841	Beinverkürzung
96209	Femur, Fraktur, subtrochantere
97221	Kniegelenk, Binnenverletzung, Distorsion, Zerrung, Verstauchung
97236	Meniskus, Riß, lateral
97237	Meniskus, Riß, medial
97243	Knie, Quetschung, Prellung, Bluterguß
97715	Gonarthrose
97721	Bursitis praepatellaris
97751	Genu valgum
97772	Meniskopathie, innere
97831	Meniskus, Schaden
98201	Unterschenkel, Fraktur
98207	Unterschenkel, Schaft, Fraktur
98229	Sprunggelenk, Distorsion, Zerrung, Verstauchung
98231	Sprunggelenk, oberes, Zerrung, Distorsion
98791	Schlatter-Krankheit
98871	Sprunggelenk, Luxationsfraktur
99203	Metatarsale, Fraktur
99218	Großzehe, Luxation
99338	Haglund-Ferse
99731	Hackenfuß (Fersenbeinsporn)
99733	Plattfuß, Senkfuß
99735	Knickfuß
99737	Knickplattfuß
99741	Fuß, Deformität (z.B. Pes adductus)
99745	Hohlfuß
99746	Spreizfuß
99751	Hallux valgus
99755	Hammerzehe
99756	Digitus superductus quintus
99757	Hallux rigidus
99797	Fuß, aseptische Nekrose
99811	Fuß, Schwellung
99823	Zehe, Schmerz

Tab. 5: Auflistung der Diagnosen bei Patienten mit orthopädischen Erkrankungen in der Allgemeinpraxis.

Die Diagnosen wurden nach dem Immichschlüssel und ONA-Schlüssel (gesondert angegeben) ausgewertet. Nähere Erläuterung im Text.

Oberer Extremitäten Nr. 109 - 147

- 09755 Ganglion des Gelenkes
- 10651 Tendovaginitis (ONA)
- 91611 Periarthritis humeroscapularis
- 91621 Epicondylitis humeri
- 92203 Radiusfraktur, Finger
- 92208 Radius, Schaftfraktur
- 92222 Radiusfraktur, distale
- 92297 Radiusepiphysenlösung, traumatisch
- 92611 Bursitis olecrani
- 93213 Handwurzel, Luxation, perilunär
- 93221 Handgelenk, Distorsion, Muskelriß, Zerrung
- 93328 Handgelenk, Beschwerden
- 93611 Styloiditis radii, ulnae
- 93745 Handwurzelgelenk, Ankylose
- 94323 Kamptodaktylie
- 94325 Tendovaginitis stenosans, Finger
- 94326 Tendovaginitis stenosans, Daumen

Becken Nr. 148 - 173

- 74231 Beckenringfraktur
- 74763 Arthrosis deformans, Ileosacralgelenk
- 85811 Lumbago
- 86333 Spondylitis
- 86391 Coccygodynie
- 86761 Skoliose, erworbene
- 86788 LWS, Spondylarthrose
- 96324 Hüftgelenk, Dysplasie
- 96381 Ischialgie
- 96771 Protrusio acetabuli
- 96783 Coxarthrose

Tab. 5: Legende siehe Seite 13

HWS, Schultergürtel und Schultergelenk Nr. 174 - 263

- 08547 Knochen, Metastase
- 10471 Rheumatismus, muskulärer
- 10823 Myogelose (ONA)
- 41383 Migräne zervikale
- 41651 Torticollis (ONA)
- 49547 Mamma-Metastase
- 86211 HWS, akute Blockade
- 86231 Schleudertrauma, Peitschenschlagphänomen, HWS
- 86740 Bandscheibe, Degeneration
- 86756 Skoliose, erworbene
- 86783 Osteochondrose, HWS
- 86785 Spondylosis deformans, Spondylarthrosis
- 86799 Wirbelsäule, Degeneration
- 86811 Cervicalsyndrom, HWS-Syndrom
- 86911 HWS, Wirbelkörper, Fraktur
- 89201 Clavicula, Fraktur
- 89202 Scapula, Fraktur
- 89243 Scapula, Quetschung, Prellung, Bluterguß
- 91613 Periarthritis humeroscapularis
- 91742 Schultergelenk, Teilsteife
- 91781 Schultergelenkarthrose
- 91811 Schulter-Arm-Syndrom

Tab. 5: Legende siehe Seite 13

Wirbelsäule ohne HWS Nr. 264 - 352

- 00238 Schußverletzung (ONA)
- 00245 Prellung, oberflächliche, mehrere Körperteile
- 08786 Osteoporose (ONA)
- 48381 Intercostalneuralgie
- 48751 Brustkorb, Deformität
- 85811 Lumbago, LWS-Syndrom
- 85821 Rücken, Schmerz
- 85827 Kreuz, Schmerz, Lumbalgie
- 86323 Spondylolisthesis
- 86326 LWS, Mißbildung
- 86337 WS, Übergangsstörung, lombosacral
- 86391 Coccygodynie
- 86541 Metastase, WS
- 86631 Bechterew'sche Krankheit
- 86731 Fehlhaltung der BWS
- 86733 Kyphose, lumbodorsale
- 86740 Bandscheibe, Degeneration
- 86741 Nucleus pulposus hernie, Discusprolaps
- 86752 Scheuermann-Krankheit
- 86756 Kyphose (ONA)
- 86758 Rundrücken
- 86761 Skoliose, erworbene
- 86785 Spondylosis
- 86787 BWS, Spondylarthrosis
- 86788 LWS, Spondylarthrosis
- 86791 Osteochondrose vertebrae
- 86799 WS, Degeneration (ONA)
- 86821 Haltungsschwäche
- 86931 BWK Fraktur
- 86951 LWS, Wirbelkörper, Fraktur
- 91881 Amputation, Oberarm

Tab. 5: Legende siehe Seite 13

Von den 112 zum Facharzt für Orthopädie überwiesenen Patienten erschienen nach Diagnostik bzw. Diagnostik und Therapie 81 = 72,32 % wieder in der Praxis des Arztes für Allgemeinmedizin, 26 Patienten = 23,2 % erschienen nicht wieder. In 5 Fällen = 4,5 % fanden sich hierzu keine Angaben (Tabelle 7).

Rücküberweisungen zum Arzt f. Allgemeinmedizin			
	ja	nein	keine Angaben
vom FA f. Orthop.	81	26	5
vom FA f. Rö.	133	-	-
von der Klinik	10	6	1
Gesamt	224	32	6

Tab. 7: Angaben über die vom Facharzt für Orthopädie (FA f. Orthop.), vom Facharzt für Röntgenologie (FA f. Rö.) und den Fachkliniken nach Diagnose bzw. Diagnose und Therapie dem Arzt für Allgemeinmedizin zurücküberwiesenen Patienten

Von den 81 Patienten, die vom Facharzt zurückkehrten (zuzüglich der 5 Fälle ohne nähere Angabe) geschah dies 18 mal = 20,9 % innerhalb einer Zeit bis zu einem Monat, 5 mal = 5,81 % innerhalb von 2 Monaten, 3 mal = 3,49 % innerhalb von 3 Monaten, 2 mal = 2,33 % innerhalb von 4 Monaten, in

einem Fall nach 10 Monaten und in einem weiteren Fall nach 12 Monaten. Bei 56 Patienten fanden sich hierzu keine Angaben, das entspricht 65,12 %.

Des weiteren wurde aufgeschlüsselt, daß von den 86 Patienten 14 = 16,3 % sofort nach der Diagnostik und 65 = 75,6 % nach der Diagnostik und Therapie vom Facharzt zum Arzt für Allgemeinmedizin zurückkehrten. In 7 Fällen = 8,1 % fanden sich keine Angaben.

Es ergab sich fernerhin, daß sich bei den 112 zum Facharzt überwiesenen Fällen 73 mal eine Übereinstimmung der Diagnose ergab, während in 39 Fällen eine abweichende Diagnose vermerkt wurde (Tabelle 8).

Übereinstimmung der Diagnose des Arztes f. Allgemeinmedizin mit:			
	ja	nein	ges.
FA f. Orthop.	73	39	112
FA f. Rö.	28	105	133
Klinik	7	10	17

Tab. 8: Auswertung der Computerausdrucke zur Frage des Übereinstimmens / Nichtübereinstimmens der Diagnosen des Arztes für Allgemeinmedizin mit denen der Fachärzte für Orthopädie (FA f. Orthop.) und Röntgenologie (FA f. Rö.) sowie der Fachkliniken. (vergl. auch Tab. 9 - 11, Seite 30 ff.) Erläuterung siehe Text.

Siebzehn der insgesamt 352 Patienten wurden in eine fach-orthopädische Klinik überwiesen. 6 von diesen Patienten = 35 % erschienen nicht wieder beim Arzt für Allgemeinmedizin. 10 Patienten = 59 % kehrten zum Arzt für Allgemeinmedizin zurück. In einem Fall fanden sich keine Angaben (Tabelle 7, Seite 17).

Von den 10 wiedergekehrten Patienten waren vier weniger als einen Monat in klinischer Beobachtung und Behandlung, zwei innerhalb eines Zeitraumes von einem bis zwei Monaten, ein Patient innerhalb von zwei bis drei Monaten und ein weiterer Patient innerhalb von 6 Monaten wiedergekehrt. In drei Fällen fanden sich keine Angaben.

Bei den 17 in die Klinik überwiesenen Patienten ergab sich in sieben Fällen eine übereinstimmende, 10 mal eine abweichende Diagnose (Tabelle 8, Seite 18).

Schließlich wurden, wie schon oben zum Ausdruck gebracht, 133 Patienten zum Facharzt für Röntgenologie überwiesen. Eine Übereinstimmung in der Diagnose fand sich hier in 28 Fällen, ein Nichtübereinstimmen bei 105 Patienten (Tabelle 8).

Hierdurch läßt sich (siehe Tabelle 8) insgesamt bei 262 an Fachärzte, Röntgenfachärzte und Fachkliniken überwiesenen Patienten 108 mal eine Übereinstimmung der Diagnose

zwischen Arzt für Allgemeinmedizin und Facharzt ermitteln,
ein Nichtübereinstimmen der Diagnose in 15⁴ Fällen.

D I S K U S S I O N

Fragen zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in der Allgemeinpraxis, unter anderem auch im Rahmen der Kooperation mit Fachärzten und Fachkliniken sind bereits wiederholt in der Literatur angesprochen worden (7, 17, 18, 24, 26, 27, 28).

Dabei nimmt nach Ansicht vieler Autoren der Arzt für Allgemeinmedizin eine wichtige Schlüsselposition ein. Nach von UEXKÜLL (26) werden 90 von 100 Patienten, und ähnliche Zahlen nennt auch H. D. LANG (17), vom Allgemeinarzt primär betreut, nur zehn gelangen in eine fachärztliche Behandlung und nur ein einziger in eine Universitätsklinik oder in eine Universitätspoliklinik (17, 25, 26).

Diese Angaben verdeutlichen, daß in den Polikliniken der Universitäten nur ein verschwindend kleiner Teil der zu behandelnden Patienten erfaßt wird. Bei diesen handelt es sich in aller Regel um Sonderfälle mit speziellen differentialdiagnostischen Problemen. Sie repräsentieren nicht die Mehrheit der erkrankten Personene, die in der Praxis für Allgemeinmedizin betreut werden müssen. Während die Patienten in der Poliklinik als Einzelfall sorgfältig einer differenzierten Diagnostik unterzogen werden können, muß der Allgemeinarzt verhältnismäßig zahlreiche Patienten in kürzerer Zeit untersuchen und behandeln (26). Durch diese Ausführungen

wird ein Mißverhältnis augenfällig, daß besonders unter dem Aspekt der Lehre und der Vorbereitung der Studenten als angehende Ärzte für die Tätigkeit in der Praxis gravierend ins Gewicht fällt. Eine auf die in der Praxis ausgerichtete Ausbildung läßt heute unter diesem Gesichtspunkt viele Probleme unberücksichtigt. Diese Fragen stehen auch im Blickfeld der Betrachtungen BRAUNS (7), der weiterhin als Kennzeichen der Allgemeinmedizin im Unterschied zu den spezialisierten Disziplinen auf die Notwendigkeit der Integration der Spezialfächer hinweist.

Besondere Bedeutung in der Zusammenarbeit zwischen Allgemein- und Fachärzten messen BRAUN und REINER (7) dem Informationsfluß zwischen Fachärzten und Allgemeinärzten und umgekehrt zu. Nach Ansicht dieser Autoren liegen dem heute noch oft gestörten interdisziplinären Informationsfluß Mängel in der medizinischen Ausbildung zugrunde, was letztlich dem ärztlichen Hilfe bedürftigen Kranken zum Schaden gereichen kann.

Inwieweit können nun die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit diese angesprochenen Diskussionspunkte bereichern?

Die Häufigkeit der Erkrankungen von seiten des Bewegungsapparates (orthopädische Erkrankungen) im Vergleich zur Gesamtpatientenzahl deckt sich im wesentlichen nach dem vorliegenden Zahlenmaterial mit den Angaben in der Literatur (1, 4, 5, 7, 15, 16, 17, 19, 20, 23), wenn auch ein direkter Vergleich

mit anderen Autoren nicht immer exakt möglich ist. Die Vergleichbarkeit des Zahlenmaterials wird durch mehrere Faktoren eingeschränkt. Sie wird durch Verschiedenheiten in der Nomenklatur der Krankheitsfälle und der Diagnosen erschwert. In der Allgemeinpraxis konnte noch keine Einigung auf eine allgemeingültige Nomenklatur realisiert werden. So sind die Unterschiede in der Diagnostik der Allgemeinpraxis nach Ansicht der oben erwähnten Verfasser sehr stark von der Erfahrung und der persönlichen Einstellung des Arztes abhängig. Von Bedeutung sind dabei aber ebenso die Fragen der Diagnoseverschlüsselung und der Zusammensetzung der Patientenklientel. Die ersten ausführlicheren Diagnose-tabellen der Allgemeinpraxis werden von BRAUN (9) angegeben, dessen "Fälleverteilungsgesetz" von mehreren Autoren bestätigt worden ist. BRAUN hat erstmalig 1944 die Fälle mehrerer Quartale miteinander verglichen und eine überraschende Übereinstimmung des Auftretens bestimmter Erkrankungen festgestellt. Die Kontrollen der Erkrankungshäufigkeit über mehrere Jahre hinaus unter verschiedenen Populationen, ließen eine verblüffende Übereinstimmung der gewonnenen Ergebnisse erkennen. Danach postulierte BRAUN (9) aufgrund seiner Ergebnisse sein "Fälleverteilungsgesetz": "Der mit der jeweiligen Zeit gegebene gesamte Faktor Gesundheitsstörung wirkt sich auf gleichartige Menschengruppen, wenn sie unter ungefähr gleichen experimentellen Bedingungen leben - über längere Jahre betrachtet - im wesentlichen gleich-

artig aus. Unter den eben genannten Bedingungen werden daher aus solchen Menschengruppen heraus langjährig erhobene Materialien von Inanspruchnahme ihrer Gesundheitsdienste im wesentlichen gleichartige diagnostische Ergebnisse zeigen" (9).

BRAUN (9) unterscheidet dabei klar zwischen Beratungsursachen (die zur Konsultation führende Beschwerde) und Beratungsergebnis (die Konsequenz aus Beratungsursache und ärztlicher Überlegung).

Weitere, meines Erachtens besondere Schwierigkeiten, ergeben sich bei vergleichenden Untersuchungen aber auch aus der Art, wie eigentlich wenig zusammengehörig erscheinende Diagnosen zusammengefaßt werden, wenn z. B. unter einer Dokumentationsziffer Myalgien, Neuralgien, Neuritiden, Kreuzschmerzen, Ossalgien und Discopathien erfaßt werden (2, 23). Diese Schwierigkeiten schlagen dann besonders zu Buche, wenn die Vergleichbarkeit orthopädischer Erkrankungen angesprochen werden soll. So ist dann RITTER (23) der Ansicht, daß "BRAUNS große Tabelle wegen des Fehlens ordnender Gesichtspunkte sehr unübersichtlich ist". Diesem Autor ist wohl darin zu folgen, wenn er eine Ordnung nach Organsystemen, wie sie in den Lehrbüchern gebräuchlich ist, vorzieht. RITTER schlägt daher vor, besser von einer Fülleverteilungsregel als von einem Fülleverteilungsgesetz zu sprechen (23).

Die von uns ermittelten Zahlen orthopädischer Erkrankungen korrespondieren mit den Ergebnissen anderer Autoren. Sie stehen auch nicht im Gegensatz zu der von BRAUN postulierte Regel. Auch wir konnten wie RITTER (22) feststellen, daß die orthopädischen Erkrankungen ein "Ballungszentrum der Allgemeinpraxis" darstellen, das nur von den Erkältungskrankheiten in ihrer Zahl übertroffen wird. "Nur wenn man die in unserer Zeit so erschreckend häufig degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule als Leitmotiv nimmt, kommt man zu einer analogischen Ordnung. Das Cervical-Syndrom, der Schulter-Rheumatismus, Brachialgie oder das Schulter-Arm-Syndrom, das Lumbal-Syndrom sowie die Ischias sind lokale Variationen, die sich oft genug beim gleichen Patienten ablösen. Das organische Substrat liegt dabei in der Wirbelsäule" (22).

KERNBICHLER (15) findet in den von ihm registrierten Diagnosen, die er im übrigen nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten (14) verschlüsselt hat, eine Anzahl von orthopädischen Erkrankungen, die bei 12 % seiner Gesamtmorbidität liegt. MAIER (19) findet in seinen Praxisanalysen Fallzahlen für orthopädische Erkrankungen, die sich zwischen 6,8 und 9,3 % einordnen lassen. Der Arbeit HÄUSLERS (12) ist eine Zahl von etwa 9 % orthopädischer Erkrankungen zu entnehmen. GÖPELS (9) und BRAUNS Zahlen liegen am höchsten. GÖPEL erreicht in dem von ihm untersuchten Krankengut 14,6 % für orthopädische Erkrankungen, BRAUNS Zahlen liegen bei 12 %.

Für die GÖPELSchen wie für die BRAUNschen Untersuchungsergebnisse gelten jedoch in erster Linie die oben genannten Vergleichsschwierigkeiten.

In der vorliegenden Studie wurden von 4500 Fällen 352 Patienten wegen Erkrankungen des Bewegungsapparates registriert, das entspricht 7,8 % der Gesamtfallzahl und ordnet sich damit weitgehend in die Angaben der Literatur ein. Bei der Durchsicht des Materials fällt auf, daß im wesentlichen Patienten mit Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule sowie des Schultergürtels, insbesondere also überwiegend mit Wirbelsäulenleiden den Allgemeinmediziner aufsuchten. Aber auch Erkrankungen der unteren Extremitäten führten in über 100 Fällen zur Konsultation des Arztes. Weniger häufig waren die oberen Extremitäten und der Beckengürtel betroffen (vergleiche Tabelle 5, Seite 13 bis 16).

Hinsichtlich der Verteilung nach Alter, Geschlecht und Beruf finden sich Parallelen zu den bereits in der Literatur wiedergegebenen Daten (15). Sie zeigen keine besonders spezifische Gruppierung. Es bleibt dabei zu berücksichtigen, daß es sich hier um eine Praxis handelt, in der die Bevölkerung namentlich von Arbeitern (weniger Angestellten) und von den in der Landwirtschaft tätigen Personen geprägt ist (vergleiche Tabelle 3, Seite 11).

Bei den erworbenen Erkrankungen überwiegen bei weitem die

degenerativen Affektionen (57,1 %), weniger stark treten Traumen oder als entzündlich eingruppierte Veränderungen in Erscheinung (22,2 und 13,4 %, vergleiche Tabelle 5, Seite 13 - 16). Auch hier findet sich eine Übereinstimmung mit Angaben in der Literatur (23).

Wichtig ist die Feststellung, daß von den insgesamt 352 Patienten 89 vom Arzt für Allgemeinmedizin selbst behandelt wurden. In 112 Fällen wurde ein Facharzt für Orthopädie hinzugezogen, noch häufiger, und zwar in 133 Fällen = 37,8 % ein Facharzt für Röntgenologie. Nur in 17 Fällen mußte eine Klinikeinweisung erfolgen. Dies bedeutet, daß insgesamt 262 von 352 Patienten weiterüberwiesen wurden. Betont werden muß auch, daß von 112 an den Facharzt für Orthopädie überwiesenen Patienten 81 nach Diagnostik und gegebenenfalls Therapie zum Arzt für Allgemeinmedizin zurückkehrten. Nur 26 Fälle verblieben zur weiteren Therapie bzw. Diagnostik und Therapie beim Facharzt für Orthopädie. Der Großteil der Patienten kehrte also wieder zum Hausarzt zurück. Dabei muß berücksichtigt werden, daß in vielen Fällen nach Ansetzen der Therapie bald die Rücküberweisung zum Allgemeinarzt erfolgte. Die überwiegende Zahl (65 Patienten) wurde vom Facharzt für Orthopädie anbehandelt, ehe die Rücküberweisung durchgeführt wurde. Nur in 14 Fällen erfolgte dies direkt nach der Diagnose. Hierbei mögen neben fachlichen Gesichtspunkten auch technische, nicht ärztlich begründbare Probleme wie z. B. Fahrverbindungen

und zeitliche Belastung der Patienten eine Rolle gespielt haben.

Näher diskutiert werden muß die Tatsache, daß von 112 Fällen 73 eine übereinstimmende Diagnose ergaben. In 39 Fällen allerdings war eine Übereinstimmung der Diagnose nicht feststellbar. Die nähere Analyse dieser 39 Fälle zeigt, daß zwölfmal in den Computerausdrucken die Angabe "keine Diagnose gestellt" vermerkt war. In diesen Fällen ist der Allgemeinpraktiker über die Diagnose vom Facharzt nicht informiert worden. Es fehlt also die abschließende Rückäußerung des Facharztes. Als Ursache hierzu mag in einigen Fällen in Betracht gezogen werden; daß bei Inanspruchnahme des Facharztes eine eindeutige oder gravierende Symptomatik nicht mehr konstaterbar war. In anderen Fällen ist aber auch davon auszugehen, daß technische Mängel im Informationsfluß zwischen Facharzt und Allgemeinarzt vorgelegen haben. In diesem Zusammenhange ist zu erwähnen, daß wohl auch in der Information des Facharztes durch den erstuntersuchenden Allgemeinarzt nicht selten Mängel zutage treten. Die gleiche Feststellung treffen BRAUN und REINER (7), die als Ursache für den unzureichenden Informationsaustausch zwischen Praxen, Fachärzten und Krankenhaus Organisations- und Ausbildungsmängel ansehen.

Die verbleibenden 27 Fälle mit differierender Diagnose er-

geben bei Durchsicht der Einzeldiagnosen nur in sechs Fällen eine deutliche Diskrepanz (Tabelle 9, Seite 30). So wurde vom Allgemeinarzt eine Bursitis, vom Orthopäden eine Meniscopathie diagnostiziert, statt einer Bursitis praepatellaris eine Schlatter'sche Erkrankung. Eine Handgelenksdistorsion ergab eine distale Radiusfraktur und unklare Handbeschwerden eine traumatisch bedingte Radius-epiphysenlösung. Es wird mit diesen Beispielen verdeutlicht, daß hier von einer echten Fehldiagnose nicht die Rede sein kann, auch nicht in Fällen, wo eine Fehlstatik der Wirbelsäule mit Diagnose Rundrücken oder Rücken- und Kreuzschmerz beim Facharzt die Diagnose Bechterew'sche Erkrankung ergab. Vielmehr zeigen diese Beispiele, daß rechtzeitig zur exakten und endgültigen Abklärung einer Verdachtsdiagnose eine Weiterleitung zum Facharzt erfolgte. Auch die übrigen Erkrankungen, die als Fehldiagnosen ausgedruckt wurden, können als solche nicht direkt angesehen werden. So wurde in zehn Fällen dieser Gruppierungen vom Arzt für Allgemeinmedizin die Diagnose Lumbago gestellt, vom Facharzt differenziertere Diagnosen wie Scheuermann'sche Erkrankung, Osteochondrose und Spondylarthrose der LWS, Spondylolisthesis, Mißbildung im LWS-Bereich mit degenerativen Veränderungen und ähnliche erstellt. Aus der vergleichenden Untersuchung (Tabelle 9, Seite 30) geht hervor, daß vom Allgemeinpraktiker die Beschwerden mehr syndromhaft zusammengetragen wurden, und es dem Facharzt überlassen wurde, die Diagnose zu

Nichtübereinstimmende Diagnosen:		
Lfd. Pat.Nr.	Arzt f. Allgemeinmedizin	Facharzt f. Orthopädie
001	Kniegelenk, Binnenverletzung	Meniscopathie, innere
018	Bursitis	Meniscopathie, innere
029	Bein, Schmerz	Metatarsale, Fraktur
087	Bursitis praepatellaris	Schlatter-Krankheit
092	Zehe, Schmerz	Hallux rigidus
125	Handgelenk, Distorsion	Radiusfraktur, distale
127	Handgelenk, Beschwerden	Radiusepiphysenlösung, traumatische
181	Schultergelenk, Teilstife	Schulter-Arm-Syndrom
204	Cervicalsyndrom	WS, Degeneration
218	Cervicalsyndrom	Bandscheibe, Degeneration
219	Schulter-Arm-Syndrom	Osteochondrose, HWS
234	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS
251	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS, Spondylarthrosis
269	Rücken, Schmerz; Kreuz, Schmerz	Bechterew-Krankheit
276	Lumbago	LWS, Mißbildung
284	Lumbago	Skoliose, erworbene; Osteochondrose vertebrae
286	Rundrücken	Bechterew-Krankheit
292	Lumbago; Fehlhaltung der BWS	Scheuermann; Skoliose, erworbene
293	Lumbago; WS, Degeneration	LWS Spondylarthrosis; Osteochondrose vertebrae
295	Lumbago	Bandscheibe, Degeneration
301	Lumbago	Spondylolisthesis
308	Lumbago; Lumbalgie	WS, Degeneration; Skoliose, erworbene
310	Rundrücken	Haltungsschwäche
333	Lumbago	Bechterew; Skoliose, erworbene
335	Rundrücken	Fehlhaltung, BWS
339	Rundrücken	Scheuermann; Skoliose, erworbene
350	Lumbalgie; WS, Degeneration	Spondylolisthesis

Tab. 9: Auflistung der einzelnen, in den Computerausdrucken als nicht übereinstimmende angeführte Diagnosen, die vom Arzt für Allgemeinmedizin und vom Facharzt für Orthopädie gestellt wurden. Nähere Erläuterung siehe Text (lfd. Pat.Nr. = laufende Nummer der Patienten mit orthopädischen Erkrankungen, n = 352)

spezifizieren.

Ähnliches läßt sich auch über die Fälle aussagen, die vom Arzt für Allgemeinmedizin der Klinik zugewiesen worden waren. Von 17 Diagnosen war siebenmal eine Übereinstimmung, in 10 Fällen eine unterschiedliche Diagnosenstellung ausgedrückt. Es wurde statt eines akuten juvenilen Gelenkrheumatismus eine Gonarthrose, bei der Angabe kindlicher, nicht traumatisch bedingter Fußschmerz eine aseptische Knochennekrose des Os naviculare von der Klinik diagnostiziert. Die allgemein gehaltene Diagnose wie Fußschmerz brachte eine spezielle Angabe wie Hackenfuß. Interessant ist fernerhin der Vergleich bei der Diagnose Lumbago, wobei offensichtlich eine besondere Symptomatik vorgelegen hat. In fast allen Fällen, bis auf eine Ausnahme, konnte ein Diskusprolaps in der Klinik diagnostiziert werden. Diese Bezeichnung findet sich in den fachärztlichen Diagnosen nicht. Die von statistischer Seite ausgedruckten nicht übereinstimmenden Diagnosen zwischen Arzt für Allgemeinmedizin und Klinik sind in der Tabelle 10, Seite 32 hervorgehoben.

Auffällig ist besonders die Diskrepanz hinsichtlich des Ausdrucks bei den Diagnosen, die vom Arzt für Allgemeinmedizin und vom Facharzt für Röntgenologie erstellt wurden. Hier konnte nur 28 mal eine Übereinstimmung konstatiert werden, in 108 Fällen eine Nichtübereinstimmung. Die nähere Analyse

Nichtübereinstimmende Diagnosen:		
Lfd. Pat.Nr.	Arzt f. Allgemeinmedizin	Klinik
007	Gelenk, Rheumatismus, akuter	Gonarthrose
010	Knie, Quetschung	Meniskus, Riß, lateral
014	Sprunggelenk, Luxations- fraktur	Sprunggelenk, oberes, Distorsion
052	Fuß, Schmerz	Fuß, aseptische Nekrose
054	Fuß, Schmerz	Hackenfuß
056	Fuß, Schmerz	Hackenfuß
264	Lumbago	LWS, Spondylarthrosis
273	Lumbago	Discusprolaps
323	Lumbago	Discusprolaps
344	Lumbago	Bandscheibe, Degeneration; Discusprolaps

Tab. 10: Auflistung der einzelnen, in den Computerausdrucken als nicht übereinstimmende angeführte Diagnosen, die vom Arzt für Allgemeinmedizin und von der orthopädischen Fachklinik gestellt wurden. Nähere Erläuterung siehe Text (lfd. Pat.Nr. = laufende Nummer der Patienten mit orthopädischen Erkrankungen, n = 352)

der Fälle im Einzelnen ergibt jedoch, daß die Nichtübereinstimmung nicht im Sinne einer echten Fehldiagnose zu deuten ist. Wie aus Tabelle 11, Seite 33 bis 35 ersichtlich wird, wurde vom Arzt für Allgemeinmedizin 41 mal die Diagnose Cervical-Syndrom (einschließlich einmal Schleudertrauma der HWS) diagnostiziert, 29 mal die Diagnose Lumbago erhoben, 6 mal ein Schulter-Arm-Syndrom (Schultersteife) festgestellt. Eine Diagnose betraf das obere Sprunggelenk (Sprunggelenksdistor-

Nichtübereinstimmende Diagnosen:		
Lfd. Pat.Nr.	Arzt f. Allgemeinmedizin	Facharzt f. Röntgenologie
108	Sprunggelenk, Distorsion	Fuß, Arthrose (ONA)
158	Lumbago, Ischialgie	Skoliose, erworbene; Spondylitis
175	Lumbago	Bandscheibe, Degeneration; Wirbelsäule, Degeneration
178	Lumbago	Spondylarthrosis
180	Lumbago	Osteochondrose, HWS
182	Schulter-Arm-Syndrom	Kyphose (ONA), Osteochon- drose, HWS
183	Cervicalsyndrom; WS, De- generation	Spondylarthrosis; Skoliose, erworbene
186	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS
187	Cervicalsyndrom	Bandscheibe, Degeneration
188	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS; Kypho- se (ONA)
189	Cervicalsyndrom	Wirbelsäule, Degeneration
190	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS
191	Schleudertrauma, HWS	HWS, Wirbelkörper, Fraktur
192	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS; Spondylarthrosis
194	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS
195	Cervicalsyndrom	Bandscheibe, Degeneration
196	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS; Kypho- se (ONA)
197	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS
198	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS; Spon- dylarthrosis
201	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS
202	Schulter-Arm-Syndrom	Wirbelsäule, Degeneration
203	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS; Spon- dylarthrosis
205	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS; Spon- dylarthrosis
206	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS
207	Cervicalsyndrom	Bandscheibe, Degeneration
208	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS
210	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS; Spon- dylarthrosis

Tab. 11: Auflistung der einzelnen, in den Computerausdrucken als nicht übereinstimmende angeführte Diagnosen, die vom Arzt für Allgemeinmedizin und vom Facharzt für Röntgenologie gestellt wurden. Nähere Erläuterung siehe Text (lfd. Pat.Nr. = laufende Nummer der Patienten mit orthopädischen Erkrankungen, n = 352)

Nichtübereinstimmende Diagnosen:		
Lfd. Pat.Nr.	Arzt f. Allgemeinmedizin	Facharzt f. Röntgenologie
211	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS; Spondylarthrosis
212	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS; Spondylarthrosis
214	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS
217	Cervicalsyndrom	Skoliose, erworbene; Spondylarthrosis
220	Schulter-Arm-Syndrom	Osteochondrose, HWS; Spondylarthrosis
222	Cervicalsyndrom; Schulter-Arm-Syndrom	Osteochondrose, HWS; Spondylarthrosis
223	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS
228	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS
230	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS
232	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS; Spondylarthrosis
233	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS; Spondylarthrosis
235	Cervicalsyndrom	Wirbelsäule, Degeneration
236	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS
241	Cervicalsyndrom	Spondylarthrosis
242	Cervicalsyndrom	Wirbelsäule, Degeneration
243	Schulter-Arm-Syndrom	Osteochondrose, HWS
246	Cervicalsyndrom	Wirbelsäule, Degeneration
247	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS; Spondylarthrosis
249	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS; Spondylarthrosis
250	Cervicalsyndrom	Wirbelsäule, Degeneration
253	Schulter-Arm-Syndrom	Skoliose, erworbene
257	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS; Spondylarthrosis
260	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS; Spondylarthrosis
261	Cervicalsyndrom	Osteochondrose, HWS; Spondylarthrosis
263	Schultergelenk, Teilsteife	Periarthritis humeri scapularis
266	Lumbago	LWS, Spondylarthrosis
268	Lumbago	Bandscheibe, Degeneration
271	Rundrücken	BWS, Spondylarthrosis; Scheuermann

Tab. 11: Legende siehe Seite 33

Nichtübereinstimmende Diagnosen:		
Lfd. Pat.Nr.	Arzt f. Allgemeinmedizin	Facharzt f. Röntgenologie
272	Lumbago	Kyphose, lumbodorsale; Spondylosis
274	Lumbago	LWS, Spondylarthrosis
275	Lumbago	Osteochondrose vertebrae
277	Lumbago; Skoliose erwor- bene	LWS, Spondylarthrosis; BWS, Spondylarthrosis
278	Lumbago	LWS, Spondylarthrosis; Bands- scheibe, Degeneration
285	Lumbalgie	LWS, Spondylarthrosis
287	Lumbago	WS, Übergangsstörung lumbo- sacral
303	Lumbago	Osteochondrose vertebrae
309	Lumbago	Fehlhaltung, BWS
311	Lumbago	Osteochondrose vertebrae
317	Lumbago	LWS, Spondylarthrosis; Kyphose, lumbodorsale
318	Lumbago	Osteochondrose vertebrae
319	Skoliose, erworbene; Rücken, Schmerz	BWS, Spondylarthrosis; Rund- rücken
320	Lumbago	LWS, Spondylarthrosis; WS, Übergangsstörung, lumbosacral
321	Lumbago	LWS, Spondylarthrosis; LWS, Mißbildung
325	Lumbago; Rundrücken	Rundrücken; Skoliose, erworbene
329	Lumbalgie	Bandscheibe, Degeneration
332	Lumbago; Fehlhaltung BWS	Skoliose, erworbene
334	Lumbago	Osteochondrose vertebrae; LWS, Spondylarthrosis
336	Skoliose, erworbene; Kyphose, lumbodorsale	LWS, Spondylarthrosis; Osteo- chondrose vertebrae
337	Lumbago	Bandscheibe, Degeneration; LWS, Spondylarthrosis
340	Lumbago	Skoliose, erworbene; Bandscheibe, Degeneration
341	Lumbago	Skoliose, erworbene; Bandscheibe, Degeneration
342	Lumbago	LWS, Spondylarthrosis; Skoliose, erworbene
346	Lumbago; WS, Degeneration	LWS, Spondylarthrosis; Skoliose, erworbene

Tab. 11: Legende siehe Seite 33

sion). In drei Fällen war eine Wirbelsäulen-Fehlstatik konstatiert worden. Vergleicht man bei der sehr großen Zahl von 41 Cervical-Syndromen die dazu korrespondierenden Diagnosen des Facharztes für Röntgenologie, so werden mit der Angabe wie Osteochondrose der HWS, Spondylarthrose und Osteochondrose, ähnliche, rein röntgenologisch objektivierbare Befunde wiedergegeben, während vom Arzt für Allgemeinmedizin das klinisch zu diagnostizierende Cervical-Syndrom dokumentiert wurde. Man kann also von einer Übereinstimmung hinsichtlich der Beurteilung des Arztes für Allgemeinmedizin mit dem Röntgenfacharzt insofern sprechen, als die Röntgendiagnose den klinischen Diagnosen in fast allen Fällen entsprach oder mit ihnen korrespondierte. Gelegentlich findet sich eine Differenzierung der Diagnose, wie z. B. in Fällen mit Schulter-Arm-Syndrom (Diagnose des Arztes für Allgemeinmedizin) im Vergleich zur Diagnose des Röntgenologen. Hier werden beispielsweise degenerative Veränderungen der HWS genannt, so daß möglicherweise ein Teil der Schulter-Arm-Syndrome, will man die Gefahr einer Überbewertung von degenerativen Veränderungen, wie sie im Röntgenbild an der HWS häufig sichtbar sind, einmal vernachlässigen, im Sinne einer Cervicobrachialgie zu deuten sind. Hier darf davon ausgegangen werden, daß therapeutisch relevante Faktoren vom Röntgenologen ergänzend als Information für den Allgemeinmediziner erbracht worden sind.

Im allgemeinen ist festzuhalten, daß sich der Arzt für Allgemeinmedizin bei unklaren Beschwerden, wie beispielsweise dem Cervical-Syndrom, durch die röntgenologische Untersuchung beim Facharzt bestätigen ließ, bzw. gravierende, aber nur eben röntgenologisch erfaßbare Veränderungen ausschließen lassen wollte. So hat z. B. die Diagnose Schleudertrauma der HWS eine Spezifizierung durch das Röntgenbild im Sinne der Diagnose Wirbelkörperfraktur im Bereich der Halswirbelsäule erfahren.

Welche Schlußfolgerungen können gezogen werden?

Die vorliegenden Daten, welche die Diagnostik und Behandlung orthopädischer Erkrankungen in der Allgemeinpraxis zur Grundlage haben, lassen erkennen, daß sich Patienten aller Altersgruppierungen, dem Bevölkerungsdurchschnitt und der örtlichen Gegebenheit entsprechend, mit ihren Beschwerden an den Arzt für Allgemeinmedizin wenden. Dieses läßt sich auch über die Berufsgruppierung, wie sie schon vorher detailliert wiedergegeben wurde, aussagen. Der Allgemeinmediziner muß sich, und dies ist keine neue Erkenntnis, mit der ganzen breiten Palette orthopädischer Erkrankungen häufig als Erstuntersucher, vielfach aber auch als weiterbehandelnder Arzt, wie die detaillierten Analysen ergeben haben, auseinandersetzen. Der sozialmedizinische

Aspekt orthopädischer Erkrankungen beruht dabei nicht nur auf der oben schon erwähnten absoluten Häufigkeit, die nur noch von den katarrhalischen Infekten der Luftwege übertroffen wird, sondern auch vornehmlich von der Beeinträchtigung der Betroffenen, was ihre vorübergehende oder dauernde Arbeitsunfähigkeit bzw. Invalidität angeht; werden doch sehr häufig Patienten im berufsfähigen Alter von den degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparates befallen (20, 21, 23).

Besonders wichtig ist es für den Allgemeinpraktiker zu entscheiden, welche Fälle er selbst diagnostizieren und behandeln kann und welche er dem Facharzt für Orthopädie, einer Fachklinik oder einem Facharzt für Röntgenologie zuweisen muß, um die Diagnose abklären und therapeutische Maßnahmen entwickeln zu können. Die Analyse der vorliegenden Daten verdeutlicht nachhaltig, wie wichtig die Filterfunktion des Allgemeinpraktikers zur Behandlung orthopädisch kranker Patienten ist. Betrachtet man in einer Übersicht das gesamte vorliegende Material, so wird die Schwierigkeit verdeutlicht, in der sich der Arzt für Allgemeinmedizin zuweilen befinden kann. Vor allem betrifft dies die Frage, welcher Patient selbst behandelt werden kann und welcher entweder zum Facharzt für Orthopädie, zum Röntgenologen oder in eine Klinik überwiesen werden muß. Um rein absichernde bzw. Ausschlußdiagnosen zu gewinnen (z. B. beim Cervical-Syndrom - Ausschluß ossärer Prozesse sowie Tumoren oder Entzündungen), wird es in erster Linie ausreichen, eine Über-

weisung zum Röntgenologen vorzunehmen. Stehen aber neben der Diagnostik auch therapeutische Aspekte zur Diskussion, so wird eher der Facharzt für Orthopädie zu Rate zu ziehen sein. Bei einschneidenden Befunden, und dies hat die Analyse ebenfalls ergeben, wie beispielsweise bei der Diagnose Lumbago - Diskusprolaps, kann die Zuweisung zum Facharzt unterbleiben und eine sofortige Einweisung in die Klinik erfolgen. Diese jeweils in einem kurzen Zeitabschnitt zu treffende Entscheidung ist in erster Linie für die optimale Therapie des Patienten von besonderer Relevanz. Darüber hinaus sollte jedoch nicht verkannt werden, daß bei ausreichend guter und fachgerechter Ausbildung des Arztes für Allgemeinmedizin, d. h. bei richtiger Weiterleitung des Patienten unter Umständen kostbare Zeit und auch Kosten gespart werden können. Als Beispiel mag die Zuweisung eines Patienten mit einer Diskushernie direkt in die Klinik statt zum Facharzt für Röntgenologie gelten.

Die überraschend breite Palette orthopädischer Erkrankungen verdeutlicht aber auch die Notwendigkeit, die Ausbildung des Arztes für Allgemeinmedizin insbesondere dahingehend auszurichten, ihm in der Wahl der zu treffenden Entscheidungen, inwieweit eine eigenständige Diagnostik und Therapie oder eine Zuweisung zum Facharzt bzw. in die Fachklinik erfolgen muß, eine sichere Hilfe zu gewährleisten. Hier ist also insbesondere das orthopädische Fachgebiet betroffen. Aus dem vor-

liegenden Zahlenmaterial mag ersichtlich werden, daß hinsichtlich der Richtigkeit der Entscheidungen eine ausreichend gute Trefferzahl erreichbar ist. Eine ideale Zusammenarbeit, vor allem zwischen Allgemeinarzt, Fachärzten und Kliniken ist unter dem Aspekt der optimalen Betreuung auch orthopädisch kranker Patienten von besonderer Wichtigkeit, nicht nur wenn es um die Kostenseite diagnostischer und therapeutischer Bemühungen geht, sondern vor allen Dingen auch dann, wenn im Interesse einer schnell und effektiv einzusetzenden Therapie einschneidende und weitreichende Entscheidungen zu treffen sind. Für die vielfältig aufgestellte Behauptung, der Arzt für Allgemeinmedizin würde häufig die Patienten vor einer Weiterüberweisung zu lange selbst diagnostizieren und behandeln, wobei dies zu Lasten der Patienten und auch der Allgemeinheit gehe, findet sich in der vorliegenden Studie kein Anhalt.

Zusammenfassend kann zum Ausdruck gebracht werden, daß die hier angeklungenen Diskussionsbemerkungen Anstöße vermitteln möchten, die darauf ausgerichtet sind, die Zusammenarbeit zwischen allgemeinpraktizierenden Ärzten und Fachärzten zu optimieren, indem eine möglichst rasche Diagnose und damit auch eine möglichst schnell einsetzende Therapie realisiert wird. Es obliegt dabei dem Arzt für Allgemeinmedizin in kurzer Zeit die häufig schwierige Frage zu entscheiden, in welchen Fällen er die Verantwortung für Diagnostik und Therapie

übernehmen kann oder andere Kompetenzen zu Rate ziehen muß. Im vorliegenden Zahlenmaterial wird weiterhin erkennbar, daß in einer größeren Anzahl die Rückvermittlung vom Facharzt zum Arzt für Allgemeinmedizin nicht immer befriedigen konnte. Die optimale Versorgung orthopädisch kranker Patienten, die häufig zunächst ihren Hausarzt, den Arzt für Allgemeinmedizin, aufzusuchen pflegen, wird angestrebt. Eine möglichst gute Zusammenarbeit mit Fachärzten und Fachkliniken in Fällen zweifelhafter Diagnose oder erforderlicher spezieller diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen ist möglich und realisierbar. Von allen ärztlichen Disziplinen ist dabei in gleichem Maße eine Kooperationsbereitschaft zu fordern. Alle Gruppierungen der Ärzteschaft, die zur Versorgung orthopädisch kranker Patienten bereitstehen, sind, und die vorliegenden Ergebnisse dieser Arbeit scheinen dazu weitere hoffnungsvolle Ansätze zu geben, zu enger, reibungsloser und unkompliziert ablaufender Zusammenarbeit aufgerufen. Nicht nur unter der Prämisse einer kostensenkenden, sondern auch medizinisch effizienten Behandlung steht der Wunsch nach besserer und ausreichend guter Versorgung derer, die ärztlicher Hilfe bedürfen. Die dazu bereitstehenden Organisationen ärztlicher Gruppen sind bemüht, nicht zuletzt auch im eigenen Interesse, diesem Wunsche möglichst optimal nachzukommen.

Z U S A M M E N F A S S U N G

Es wird über 352 Patienten mit orthopädischen Erkrankungen berichtet, die sich in zwei Jahren unter 4500 ausgewerteten Fällen einer kleinstädtisch bis ländlich strukturierten Allgemeinpraxis in Großstadtrandlage finden. Danach stellen die Erkrankungen des Bewegungsapparates nach den Infektions- und Erkältungskrankheiten die größte Zahl der in einer Allgemeinpraxis zu versorgenden Krankheitsfälle dar. In der vorliegenden Studie beträgt der Anteil der Patienten mit orthopädischen Erkrankungen zum Gesamtkollektiv 7,8 Prozent. Unter Berücksichtigung von Geschlecht, Alter und Beruf wird die Dauer der Vorgeschichte ermittelt. Die Häufigkeit von Erst- und Weiterbehandlungen und die Behandlungsdauer werden festgestellt. Nahezu gleich häufig sind untere Extremitäten (30,7 %), Halswirbelsäule und Schultergürtel (25,6 %) und die übrige Wirbelsäule (25 %), weniger häufig die oberen Extremitäten (11 %) sowie Beckengürtel und Hüftgelenke (7,4 %) betroffen. Die erworbenen Erkrankungen überwiegen, sie sind häufiger degenerativen, seltener traumatischen oder entzündlichen Ursprungs. Insgesamt werden 73 Diagnosen verschlüsselt.

Ermittelt wird weiterhin, wann, wie häufig und wie lange allgemeinärztliche, röntgenologische, orthopädisch-fachärztliche oder -klinische Diagnostik bzw. Therapie erforderlich sind. In 89 Fällen (25,3 %) bleiben Diagnostik und Therapie beim

Allgemeinarzt. Dabei ist davon auszugehen, daß die Diagnose keine Schwierigkeiten bereitet oder durch frühere röntgenologisch oder orthopädisch-fachärztliche Untersuchungen als gesichert anzusehen ist. In 133 Fällen (37,8 %) wird ein Röntgenologe konsultiert, sei es zur Kontrolle neuerer oder früherer Diagnosen, sei es zur Erhärtung von Verdachtsdiagnosen oder auch im Sinne der Ausschlußdiagnostik. Stehen neben den diagnostischen darüberhinaus therapeutische Gesichtspunkte im Vordergrund allgemeinärztlicher Überlegungen oder auch bei drohenden Komplikationen eines Falles, so wird der Facharzt für Orthopädie (112 Fälle = 31,8 %) zu Rate gezogen. Seltene Klinikeinweisungen (17 = 4,8 %) erfolgen nur dann, wenn eine eindeutige Symptomatik solches erforderlich erscheinen läßt.

Die gewonnenen Ergebnisse werden mit den Angaben der Literatur verglichen, Probleme der ärztlichen Zusammenarbeit sowie Möglichkeiten ihrer Verbesserung erörtert.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

1. BRANDLMEIER, P.: Die Allgemeinpraxis
Springer Verlag, Berlin, Heidelberg,
New York, 1974
2. BRAUN, R. N.: Die gezielte Diagnostik in der Praxis
Schattauer Verlag, Stuttgart, 1957
3. BRAUN, R. N.: Feinstruktur einer Allgemeinpraxis
Schattauer Verlag, Stuttgart, 1961
4. BRAUN, R. N.: Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis
Urban und Schwarzenberg, München, Berlin,
Wien, 1970
5. BRAUN, R. N., TUTSCH, G.: Klinisch-internistische Diagnostik
in der Allgemeinpraxis
MMW 23, 1429-1434, 1968
6. BRAUN, R.N., BRANDT, H., MARTIN, G. J., REICHENFELDT, H. F.,
WEGENAST, B. u. P.: Über die Zusammenarbeit zwischen Allge-
meinpraktiker und Facharzt unter besonderer
Berücksichtigung der Diagnostik
Med. Klinik 59, 109, 1964
7. BRAUN, R. N., REINER, O.: Wie nötig sind die Informationen
des überweisenden Arztes
Med. Welt 23, 350, 1972
8. ENGELMEIER, K.: Die am häufigsten vorkommenden Krankheits-
fälle in der Allgemeinpraxis
Der Landarzt, 39, 59, 1963

9. GÖPEL, H.: Beratungsursachen in einer Allgemeinpraxis.
Beitrag zur Frage einer Konstanz der Fall-
verteilung.
Der prakt. Arzt 23, 3508-3526, 1975
10. GRIESSER, G.: Zur Methodik der wissenschaftlichen Arbeit
in der Allgemeinpraxis
Med. Welt, 2801-2807, 1967
11. GRIESSER, G.: Heilkunde und Statistik - Mensch und Zahl
Med. Welt, 2015-2022, 1965
12. HÄUSSLER, S.: Die Anamnese in der Allgemeinpraxis
Zeitschrift für Allgemeinmedizin.
Der Landarzt, 7, 295-299, 1975
13. IMMICH, H.: Orthopädischer Diagnoseschlüssel
F.K. Schattauer Verlag, Stuttgart, New York, 1970
14. Internationale Klassifikation der Krankheiten, 8th Revision,
1967, Deutsche Übersetzung. Hrgb. WHO (ICD/VIII)
Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 1968
15. KERNBICHLER, A.: Analyse einer Allgemeinpraxis
Diss. Kiel, 1973
16. KNOBLAUCH, G., MITSCHERLICH, E.: Häufigkeitswerte in Land-
ambulatorien und Stadtambulatorien
Deutsches Gesellschaftswesen 15, 2275, 1960
17. LANG, H. D.: Diagnosen und ärztliche Leistungen einer Klein-
stadt-Landpraxis
Deutsch. Gesundh. 25, 82-84, 1970
18. LÜTH, P.: Niederlassung und Praxis
Thieme Verlag, 1969

19. MAIER, E.: Das Krankengut des praktischen Arztes
Diss. München, 1971
20. PROSENC, F.: Die diagnostischen Beratungsergebnisse in einer
ländlichen Allgemeinpraxis
Hippokrates 11, 429-439, 1966
21. PROSENC, F., BRANDT, H., BRAUN, R. N., CROMBIE, D.,
REICHENFELDT, H. F., WEGENAST, B. u. P.: Über den diagno-
stischen Wert der spontanen Angaben des Kranken
bei seiner Erstberatung durch den praktischen Arzt
Med. Klinik 58, 964, 1964
22. RITTER, H.: Die Anamnese in der Allgemeinpraxis
MMW 112, 214-221, 1970
23. RITTER, H.: Zur Fälleverteilung in der Allgemeinpraxis
MMW 24, 1456-1466, 1968
24. SCHMÜCKER, N.: Arzt in der Praxis
Lehmann Verlag, München, 1969
25. SCHULZE, H.: Das Arbeitsfeld der Allgemeinmedizin
Ther. Gegew. 108, 1018-1020, 1969
26. UEXKÜLL, Th. v.: Die Zukunft der Med. Poliklinik
Med. Klinik 29, 4, 688-692, 1966
27. UEXKÜLL, Th. v.: Vorwort in: BRAUN, R. N. Lehrbuch der
ärztlichen Allgemeinpraxis
Urban und Schwarzenberg, München, Berlin, Wien, 1970
28. ZÖLLNER, N.: Die Bedeutung der Med. Poliklinik in der Aus-
bildung des Allgemeinarztes
Festvortrag auf dem XII. Internat. Kongreß für
Allgemeinmedizin in Igls am 19. 9. 1970

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Priv. Doz.
Dr. med. habil. Gerd Weseloh für die freundliche
Überlassung des Themas und die manigfaltigen An-
regungen bei der Abfassung und Gliederung der Arbeit
meinen herzlichen Dank auszusprechen.

LEBENS LAUF

Am 31. August 1936 wurde ich als Sohn des Landwirts Hermann Hecke und seiner Ehefrau Berta, geb. Grünwald in Göttingen geboren.

Ab 1943 besuchte ich die Volksschule in Rosdorf / Göttingen.

1958 bestand ich das Abitur am Gymnasium für Jungen in Hann.Münden.

Meine vorklinischen Studien absolvierte ich in Göttingen. Dort bestand ich 1963 die ärztliche Vorprüfung. Während der klinischen Semester studierte ich in Würzburg, Wien und Göttingen.

Hier bestand ich 1966 das ärztliche Staatsexamen.

Nach erfolgter Ableistung der Medizinalassistentenzeit in den verschiedenen Abteilungen des St. Bernward-Krankenhauses in Hildesheim begann ich auch hier nach der Approbation meine fachärztliche Ausbildung zum Internisten, die ich mit dem Jahre 1973 abschloß.

Seit 1973 bin ich mit meiner Ehefrau in Gemeinschaftspraxis als Allgemeinarzt in Baunatal bei Kassel niedergelassen.

Offsetdruck-Fotodruck

J. Hogl, 8520 Erlangen, Hauptstr. 109 (Nähe Martin-Luther-Platz) Tel. 22990